



Cas particulier de thromboses veineuses superficielles

Maladie de Mondor

Dr méd. univ. (AT) Florian Kellner, Dr méd. univ. (HU) Melinda Tátrai

Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)

Contexte

Les thromboses ou thrombophlébites du système veineux superficiel sont relativement fréquentes au cabinet de médecine de famille. Elles touchent presque exclusivement les membres inférieurs et plus particulièrement les veines superficielles, généralement variqueuses, de la jambe (varicophlébite). La thrombophlébite, un processus inflammatoire consécutif à une occlusion thrombotique, est généralement facile à diagnostiquer cliniquement (rubor, tumor, dolor, calor). La fréquence est de 0,6/ 1000 personnes/an [1]. Sur le plan clinique, il convient de noter qu'environ un quart des patientes et patients concernés présentent simultanément une thrombose veineuse profonde et que 5% ont une embolie artérielle pulmonaire symptomatique [2], d'où l'importance d'un diagnostic précis et l'intérêt de l'échographie duplex, même en cas de résultat clinique évident.

La maladie de Mondor (du nom du chirurgien français Henri Mondor) est une forme particulière rare de ces thromboses veineuses superficielles. Elle touche le plus

souvent les veines de la paroi thoracique antérolatérale, et comme forme particulière rare, la veine dorsale du pénis (maladie de Mondor pénienne) et nécessite une clarification différenciée quant à son étiologie. Il n'est pas rare que la maladie de Mondor soit une complication d'autres maladies internes ou gynécologiques graves, comme le cancer du sein, ou l'expression d'un trouble de la coagulation héréditaire ou acquis et d'autres maladies hémato-oncologiques.

Présentation du cas

Anamnèse

Une patiente de 34 ans s'est présentée en raison de douleurs lancinantes depuis deux semaines et d'une induration au niveau du sein gauche. Elle avait en plus constaté une augmentation du volume des ganglions lymphatiques axillaires. La patiente n'a pas signalé d'autres troubles. Elle a en particulier déclaré ne pas avoir de fièvre, de sueurs nocturnes ou de perte de poids. L'anamnèse médica-

menteuse était vierge, aucune maladie chronique n'était connue. L'anamnèse familiale pour le cancer du sein et les thromboembolies veineuses était négative. Aucun traumatisme au niveau du sein n'avait précédé la douleur. La patiente ne prenait pas de contraceptifs et ne fumait pas.

Examen clinique

Au milieu du sein gauche, un cordon rouge et induré de près de 10 cm de long, qui s'étendait presque jusqu'à l'aisselle, était palpable. La peau était visiblement rétractée dans la zone concernée et la palpation était légèrement douloureuse (fig. 1).

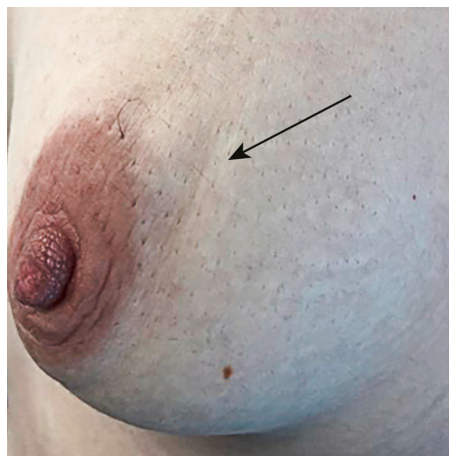


Figure 1: Cordon induré palpable (flèche) au niveau du sein gauche. Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Dans la région mammaire et axillaire, il n'y avait pas d'autres veines proéminentes par rapport au côté opposé. Le reste du tissu mammaire était sans particularité à la palpation. Au niveau de l'aisselle, plusieurs ganglions mobiles douloureux à la pression, mesurant entre un et deux centimètres, ont été palpés. La patiente était afebrile.

Pris dans leur ensemble, ces résultats nous ont fait fortement suspecter une thrombophlébite de la paroi thoracique avec lymphadénopathie axillaire.

Résultats

La patiente a été examinée par échographie dès le premier contact et a par la suite été soumise à une consultation angiologique. L'imagerie morphologique a révélé dans la paroi thoracique une veine superficielle sans flux Doppler avec une hyperéchogénicité (fig. 2A). La veine était incompressible sur plusieurs centimètres (fig. 2B).

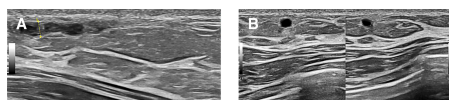


Figure 2: Clichés d'échographie Doppler: A) Veine thoracique latérale en coupe longitudinale avec thrombus hyperéchogène. B) Veine thoracique latérale en coupe transversale. À droite: la veine est incompressible.

Diagnostic

En résumé, une thrombose veineuse superficielle pas très récente de 8 cm de long sans contact avec le système veineux profond a été diagnostiquée dans la région de la veine thoracique latérale gauche. De nombreux ganglions lymphatiques hypertrophiés de plus de 1 cm de diamètre ont été détectés dans la région axillaire.

Traitement et évolution

Étant donné que la maladie de Mondor est une thrombophlébite des veines superficielles et qu'il n'y avait pas de contact étroit avec le système veineux profond, mais que l'extension dépassait 5 cm, une anticoagulation prophylactique par fondaparinux 2,5 mg une fois par jour par voie sous-cutanée pendant 45 jours a été prescrite conformément aux lignes directrices. Sous ce traitement, les symptômes ont complètement régressé. Après env. quatre semaines, la patiente n'avait plus de douleurs et le thrombus n'était plus détectable à l'échographie.

Pour clarifier la cause de la thrombose, une radiographie thoracique et une échographie abdominale ont été effectuées, ainsi qu'un examen gynécologique préventif avec mammographie. Les résultats étaient normaux, tout comme ceux du dépistage de la thrombophilie.

Recommandations thérapeutiques générales

Les thromboses veineuses superficielles doivent être traitées par fondaparinux 2,5 mg une fois par jour pendant 45 jours selon les lignes directrices européennes actuelles de chirurgie vasculaire, dès lors que le thrombus est situé à ≥ 3 cm d'une veine du système profond et que le thrombus mesure ≥ 5 cm de long [3] (fig. 3). Les thrombophlébites peu étendues sont traitées de manière purement symptomatique, par ex. par compression, refroidissement et anti-inflammatoires non stéroïdiens. Si la thrombose est située à < 3 cm par une connexion au système veineux profond, une anticoagulation comme dans le cas d'une thrombose veineuse profonde avec un inhibiteur direct du facteur X pendant trois mois est recommandée (fig. 3).

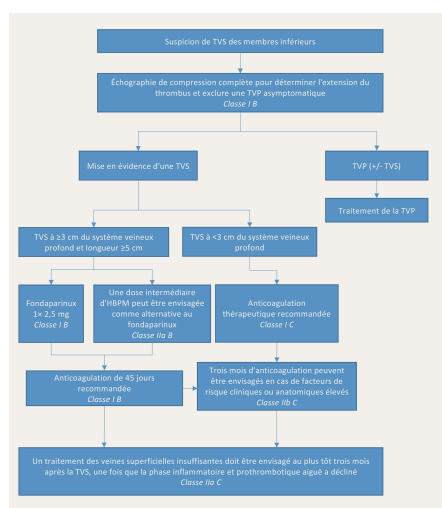


Figure 3: Algorithme selon les lignes directrices de la «European Society for Vascular Surgery» (ESVS) (tiré de [3]: traduction, modification et reproduction avec l'aimable autorisation).

HBPM: héparine de bas poids moléculaire; TVS: thrombose veineuse superficielle; TVP: thrombose veineuse profonde.

© 2020 Published by Elsevier B.V. on behalf of European Society for Vascular Surgery.

Le fondaparinux fait partie des inhibiteurs sélectifs du facteur X, dont il a été le premier représentant. Dans une étude [4], le rivaroxaban à dose prophylactique (10 mg) ne s'est pas révélé inférieur au fondaparinux, mais il n'est pas autorisé dans l'indication de la thrombophlébite. L'utilisation d'une héparine de bas poids moléculaire comme l'énoxaparine à dose prophylactique peut aussi être envisagée comme alternative. Il n'existe toutefois pas de données d'études suffisantes à ce sujet.

En cas de varicophlébite au niveau des membres inférieurs, il peut être judicieux de traiter la varice trois mois après le traitement afin d'éviter les récurrences.

Discussion

La thrombose veineuse superficielle doit être prise au sérieux. Son étendue et donc la pertinence de son traitement sont souvent sous-estimées sur le plan clinique. Ainsi, une échographie duplex est indispensable pour déterminer le type et la durée du traitement (fig. 3). Des examens cliniques et instrumentaux supplémentaires sont nécessaires pour délimiter les différentes causes. L'étiologie de la maladie de Mondor est idiopathique chez env. un tiers des patientes et patients, un traumatisme en est la cause chez un autre tiers. Par fréquence décroissante, la thrombose est due à un cancer du sein (env. 6%), à des processus inflammatoires (env. 5%) et à des thrombophilies héréditaires [5].

La recherche de la cause vise d'une part à diagnostiquer les maladies sous-jacentes graves et à les traiter spécifiquement, et d'autre part à prévenir les évolutions dangereuses et les complications telles que les thromboses veineuses profondes ou les embolies artérielles pulmonaires. L'ampleur du dépistage devrait être déterminée en fonction de l'âge de la personne concernée et de ses facteurs de risque personnels, qui doivent être soigneusement identifiés par l'anamnèse. Les maladies tumorales actives, l'immobilité et l'activation de la coagulation après une intervention chirurgicale, la grossesse, la contraception orale (en particulier en combinaison avec le tabagisme) ainsi qu'une anamnèse

familiale positive sont les principaux facteurs favorisant les thromboses.

Si l'anamnèse est normale, un examen physique et des analyses de laboratoire de base devraient être effectués dans le cadre d'une recherche de tumeur. En outre, les examens de dépistage du cancer correspondant à l'âge devraient être effectués conformément aux recommandations des sociétés de discipline respectives, s'ils ne l'ont pas déjà été. Lorsque les résultats sont également normaux, les études n'ont pas montré de réduction significative de la mortalité grâce à un dépistage extensif (par ex. tomomodensitométrie [TDM] du thorax et de l'abdomen, tomographie par émission de positons couplée à la TDM [TEP-TDM]) [3]. L'intérêt d'un dépistage des thrombophilies héréditaires en cas d'anamnèse familiale négative, comme dans notre cas, est également controversé.

Dans notre cas, c'est surtout la lymphadénopathie axillaire qui a amené à effectuer des examens complémentaires. Cependant, étant donné qu'elle a régressé spontanément par la suite et qu'aucune autre cause n'a été trouvée, celle-ci a été interprétée comme étant le plus probablement liée à la réaction inflammatoire concomitante, c'est-à-dire à la thrombophlébite elle-même.

L'essentiel pour la pratique

- L'examen de référence dans le diagnostic des phlébothromboses est l'échographie duplex ou de compression.
- Le traitement des thromboses veineuses superficielles dépend de leur localisation et de leur étendue.
- Il n'est pas rare que des thromboses veineuses profondes ou des embolies pulmonaires soient déjà présentes lors du diagnostic initial d'une thrombophlébite.
- Les thrombophlébites nécessitent une évaluation minutieuse de leur étiologie.

Correspondance

Dr méd. univ. Florian Kellner
Allgemeine Innere Medizin
Praxis am Rhy AG
Schützenwiese 8
CH-9451 Kriessern
[floriankellner\[at\]hin.ch](mailto:floriankellner[at]hin.ch)

Statements

Remerciements

L'auteure et l'auteur remercient le Dr méd. Sebastian Michler, Gefässmedizin Rheintal, Heerbrugg, pour la mise à disposition des images échographiques (fig. 2).

Ethics Statement

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Conflict of Interest Statement
L'auteure et l'auteur ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

Références

- 1 Frappe P, Buchmüller-Cordier A, Bertoletti L, et al. Annual diagnosis rate of superficial vein thrombosis of the lower limbs: the STEPH community-based study. *J Thromb Haemost.* 2014;12:831–2.
- 2 Bauersachs RM. Oberflächliche Venenthrombose. *Dtsch Med Wochenschrift.* 2021;146: 1237–42.
- 3 Kakkos SD, Gohel M, Bakgaard N, et al. Editor's Choice – European Society for Vascular Surgery (ESVC) 2021 Clinical Practice Guidelines on the Management of Venous Thrombosis. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2021;61(1):9–82. doi.org/10.1016/j.ejvs.2020.09.023
- 4 Beyer-Westendorf J, Schellong SM, Gerlach H, Rabe E, et al.; SURPRISE investigators. Prevention of thromboembolic complications in patients with superficial-vein thrombosis given rivaroxaban or fondaparinux: the open-label, randomised, non-inferiority SURPRISE phase 3b trial. *Lancet Haematol.* 2017;4(3):e105–e113.
- 5 Königer C, Kühn B, Lutzenberger HP, Thiermann G, Richter C. Morbus Mondor: Update – Diagnose- und Behandlungspfade der oberflächlichen Venenthrombose. *Z Allg Med.* 2014;90:39–42.



Dr méd. univ. (HU) Melinda Tátrai
Allgemeine Innere Medizin, Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)



Dr méd. univ. (AT) Florian Kellner
Allgemeine Innere Medizin, Praxis am Rhy AG, Kriessern (SG)